LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Sclérose latérale amyotrophique, par M. L. Thérèse. — Note sur l'influenza, par le Dr Ch. Tisné, *(suite et fin)*. — **Laryngologie** : Traitement chirurgical des petits néoplasmes sessiles du bord libre des cordes vocales, au moyen d'une curette spéciale, par le Dr Luc. — **Bibliographie** : Leçons cliniques sur la grippe, à propos de l'épidémie de 1889-1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le Dr A. Villard. — Les poisons de l'air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone par N. Gréhant. — **Académie de médecine** : Séance du 17 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Des résultats objectifs de l'exportation du foie dans le diabète. — Election. — Des accidents de la chloroformisation. — **Société de chirurgie** : Séance du 18 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Traitement de la cystocèle par la cystopexie. — Contagion du tétanos. — **Société médicale des hôpitaux**, Séance du 13 juin 1890. — Présidence de M Dumontpallier. — Pleurésie purulente à pneumocoques relativement grave. — Relations de l'albuminurie avec les psychoses. — Myosites rubéoliques. — Traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de naphtol. — **Société clinique de Paris** : Séance du 11 avril 1890. — Présidence de M. Hayem. — **Société médicale du 7e arrondissement**, Séance du 28 avril 1890. — Présidence de M. Guillier. — **Memento pratique** : Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée, de la scarlatine et de la diphtérie, par M. J. Simon. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**. — **Bulletin bibliographique**.

CLINIQUE MÉDICALE

Sclérose latérale amyotrophique (1),

par M. L. Thérèse
Interne des hôpitaux.

Bien que les cas de sclérose latérale amyotrophique ne soient pas extrêmement rares, il nous a paru intéressant de rapporter l'histoire du malade suivant.

Le nommé P., âgé de 33 ans, cocher, entre le 18 juin 1889, salle Bayle, lit n° 24, hôpital Laënnec.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de remarquable au point de vue nerveux, son père et sa mère sont morts vers 50 ans d'affections aiguës ; ses six frères et sœurs sont bien portants.

Quant à lui personnellement, à l'âge de 15 ans il a dû s'aliter pendant un mois pour une affection dont il ne peut déterminer la nature ; puis en 1878, étant au régiment, il contracta un chancre, mou très probablement, car il n'a présenté aucun accident syphilitique secondaire bien que pendant quelque temps il ait été soumis à un traitement mercuriel, mais ce traitement avait été institué par le malade lui-même à l'occasion d'une blennorrhagie ; disons de plus qu'un traitement antisyphilitique énergique suivi pendant plusieurs semaines au moment de l'entrée du malade n'a en rien modifié la marche de la maladie.

C'est au mois de juillet 1888 que le malade fait remonter les premiers symptômes de l'affection qui nous l'amène : à cette époque il commença à ressentir une raideur et un certain degré d'affaiblissement dans le membre inférieur gauche, cette raideur est allée en augmentant et le malade éprouva une certaine difficulté à descendre un plan incliné ou un escalier, chaque mouvement d'extension du pied s'accompagnant de crampes douloureuses : le même phénomène s'observait dans la jambe droite trois semaines plus tard que dans la gauche. A partir de ce moment il se sentit mal assuré sur ses jambes, ne pouvant plus courir et marchant à petits pas en évitant soigneusement le moindre obstacle. La sensibilité était intacte, pas de douleurs, aucune difficulté anormale à se diriger dans l'obscurité : jusqu'au 20 janvier 1889, la gêne de la marche ne fut pas assez marquée pour nécessiter l'emploi d'une canne, mais à ce moment, les moindres mouvements déterminèrent une telle raideur musculaire qu'il fut impossible au malade de marcher sans appui : « Ses jambes, dit-il, étaient raides comme du bois ». Le mois suivant, le bras gauche devint à son tour le siège d'accidents de tous points analogues à ceux dont les membres inférieurs avaient été atteints ; le malade put cependant continuer son métier de cocher, bien qu'un mois plus tard son bras droit fût pris à son tour.

Le 12 mars, il fut victime d'un accident : la roue d'une voiture lui passa un peu au-dessus et un peu en dedans de l'omoplate gauche et le mit dans l'impossibilité de se servir de son membre supérieur gauche pendant une quinzaine de jours ; il reprit quelque temps seulement son travail et vint se présenter à l'hôpital où il fut admis.

A son entrée, on constata tous les troubles énumérés par le malade et portés à un degré assez élevé, il n'existe aucune douleur, aucun trouble de la digestion, pas de céphalagie, aucun trouble du côté des organes des sens ; les fonctions des sphincters anal et vésical sont intactes.

En examinant les membres inférieurs, on constate que les deux jambes ont à peu près le même volume, la jambe est fortement étendue sur la cuisse, les genoux sont rapprochés ainsi que les malléoles internes qui semblent accolées, et lorsqu'on cherche à écarter l'une des jambes de la ligne médiane sans fixer la seconde, on entraîne les deux en même temps comme dans les cas de tabes spasmodique : on perçoit quelques contractions fibrillaires surtout au niveau des muscles droit antérieur et vaste externe.

Lorsqu'on fait lever le malade, il descend de son lit péniblement sans fléchir les jambes, tout d'une pièce pour ainsi dire ; il marche avec peine et à petits pas et tomberait facilement s'il n'était pas soutenu : les

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

réflexes sont considérablement exagérés, on provoque le phénomène du pied avec la plus grande facilité : on fait apparaître facilement le réflexe crémastérien, il n'existe aucune modification de la sensibilité, soit à la douleur, soit à la température, pas plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Du côté de ces derniers, on constate la même exagération des réflexes tendineux que la moindre percussion fait apparaître : bien que tous les mouvements soient possibles, on remarque que surtout du côté gauche, le malade les exécute avec une certaine difficulté et une certaine maladresse apparente, en raison des contractions spasmodiques de la plupart des muscles de la région. Du côté des mains, surtout de la main gauche, la paume des mains est déjà fortement excavée, l'éminence thénar a presque complètement disparu, et le pouce est séparé de l'index par une profonde dépression et lorsqu'on demande au malade de mettre la pulpe du pouce en contact avec le petit doigt, il est dans l'impossibilité d'exécuter ce mouvement : il se réveille avec la main fléchie en griffe et ne peut l'étendre qu'au bout de quelques instants : en tout temps il lui est impossible d'étendre les doigts séparément, l'extension du pouce limitée à droite n'est pas réalisable à gauche.

Au dynanomètre, la pression donne 5 kil. à gauche et 10 kil. à droite.

Il n'existe encore rien d'anormal du côté de la face, seul le réflexe massétérin est exagéré.

Au mois de novembre suivant, quatre mois après l'entrée du malade, l'atrophie est de plus en plus prononcée ; aux membres supérieurs, les pectoraux fortement diminués de volume sont contracturés, les bras sont appliqués contre le tronc, l'avant-bras à demi-fléchi sur le bras, l'éminence thénar a fait place à un méplat prononcé, les espaces interosseux sont de plus en plus accusés, le malade ne marche que péniblement à l'aide de béquilles et se trouve dans l'impossibilité de remonter seul dans son lit. L'examen électrique pratiqué à cette époque donne nettement la réaction de dégénérescence au niveau des muscles interosseux et de la plupart des muscles des membres inférieurs, un nombre d'éléments assez considérable est nécessaire pour obtenir des contractions.

En janvier 1890, l'atrophie des membres supérieurs a encore augmenté, le malade ne se nourrit plus qu'à grand'peine, ne pouvant plus porter les aliments à sa bouche en raison de la contracture de la plupart des muscles de l'épaule et du bras, la langue est atrophiée et les progrès du côté du bulbe sont sensibles, la voix est à peine distincte, le malade avale continuellement sa salive qui paraît abondante, l'orbiculaire des lèvres ne se contracte plus qu'imparfaitement, le malade se plaint de rire continuellement malgré lui ; on voit, en effet, des contractions involontaires des zygomatiques et du risorius qui lui font entr'ouvrir les lèvres et découvrir les dents, les yeux semblent agrandis ; c'est dans cet état rappelant de tous points le début de la paralysie labio-glosso-laryngée que le malade quitte l'hôpital.

On voit, en effet, que c'est là le type classique de la chlorose latérale amyotrophique avec envahissement tardif du bulbe ; le seul point où notre observation s'écarte un peu de la règle commune se trouve dans ce fait que les membres inférieurs ont été tous deux pris de faiblesse et de contracture avant le bras du côté correspondant, bien que l'atrophie ait marché beaucoup plus vite aux membres supérieurs.

Note sur l'influenza (*Suite et fin*) (1)

par le Dr Ch. Tisné.

Médecin à l'hôpital N.-D. de Bon-Secours (2).

A côté des métrorrhagies, je classerai les fausses couches et les accouchements prématurés. La pathogénie de ces accidents peut être diversement interprétée. Sont-ils dus à la fièvre ou à l'infection ? Telle est la question qui a été soulevée par M. Hayem à la Société médicale des hôpitaux à l'occasion d'un fait de ce genre rapporté par M. Renaut. Pour moi je pense, avec ce dernier, que l'infection doit seule être incriminée. Dans un rapport très étudié, lu par M. Marchand à la Société de chirurgie, cette question avait déjà été traitée et résolue dans le même sens, à propos d'un travail de M. Jeannel de Toulouse. J'ai moi-même rapporté à la Société de médecine pratique un fait analogue. Chez une malade opérée par mon maître et ami M. Le Bec l'avortement se produisit trois semaines après l'accès de fièvre.

Une des complications les plus fréquente, a été l'apparition de névralgies diverses survenant chez des sujets qui avaient été jusque-là indemnes. Le plus souvent il s'est agi de névralgies faciales (16 cas) mais nous avons noté deux fois des névralgies intercostales. Dans un cas observée par M. Malécot sur un médecin, c'est le testicule qui a été pris.

La fréquence des otites suppurées a été déjà très souvent signalée et j'en ai observé 11 cas.

Notre collègue et ami M. Duboys de Lavigerie a insisté sur la fréquence des paralysies de l'accommodation. Des malades qui jusque là avaient pu se passer de lunettes se trouvaient subitement dans l'impossibilité de lire ; j'ai observé deux cas de ce genre. D'ailleurs les muscles de l'œil n'ont pas été les seuls à être atteints. On a cité des cas simulant l'hémiplégie, pour mon compte j'ai observé un fait de paralysie faciale dont l'étude minutieuse n'a révélé d'autre cause que l'influenza.

Enfin deux fois nous avons observé l'influenza chez des nourrices. Dans les deux cas la sécrétion lactée a été

(1) Voir *France médicale*, numéro 24.

(2) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

très diminuée pendant plusieurs jours, et plus tard elle n'a jamais repris son abondance primitive.

Avant d'arriver à la question si importante du diagnostic, il est intéressant de rechercher quelle a été l'influence de l'épidémie sur les affections préexistantes : en première ligne se place la tuberculose. Contrairement à ce qu'a observé M. G. Sée, je crois que les tuberculeux ont été frappés aussi souvent que les autres ; je n'en veux pour preuve que l'augmentation énorme de la mortalité chez les tuberculeux pendant l'épidémie. Cette statistique, ainsi que les faits rapportés par M. Dujardin-Beaumetz (Société méd. pratique, janvier 1890) ne permet pas non plus d'accepter l'opinion de M. Lyden (*Sem. médicale*, janv. 90). D'après cet auteur les tuberculeux auraient été fréquemment frappés par l'épidémie, mais ils n'auraient gardé de cette atteinte que rien ou du moins peu de choses.

Au moment où l'épidémie fut importée par mon interne dans les salles de l'hôpital de Bon-Secours, de nombreux tuberculeux y étaient en traitement. Ceux d'entre eux qui étaient déjà arrivés à une période avancée succombèrent en quelques jours. Chez ceux au contraire, qui ne présentaient encore que les signes de la période de ramollissement, l'évolution prit du fait de l'influenza, une marche extrêmement rapide. En deux ou trois semaines aux râles humides de la seconde période succédaient le gargouillement et le souffle de la période terminale, en même temps qu'apparaissait la cachexie ultime de la tuberculose.

Les rhumatisants, eux aussi, ont été péniblement impressionnés par l'épidémie, qui a reveillé la diathèse chez ceux qui ne souffraient plus ou qui l'a exaspérée chez les rhumatisants chroniques par exemple.

Enfin dans deux cas, les malades atteints l'un de cancer stomacal, l'autre de néphrite interstitielle, la cachexie rapide et la mort ont été la conséquence de l'influenza. Avant l'épidémie ces sujets étaient malades sans doute, mais cependant ils n'avaient jamais été obligés de s'arrêter : quelques semaines après ils succombaient sans s'être relevés.

IV

Parmi les maladies que nous avons l'habitude d'observer il en est dont le diagnostic devait être établi avec l'influenza, ce sont : l'embarras gastrique fébrile, les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde.

La pensée de l'embarras gastrique que faisaient venir à l'esprit l'apparition brusque de la fièvre et l'état saburral est éloignée par la constitution épidémique et aussi par la coïncidence des douleurs articulaires et des vertiges.

L'aspect vultueux de la face et des yeux pouvant faire croire à la rougeole. Mais le début brusque ou tout au moins la brièveté de la période prodromique, l'absence presque constante de phénomènes thoraciques, enfin les douleurs articulaires faisaient rejeter ce diagnostic.

Plus difficile était le diagnostic différentiel de la scarlatine et de l'influenza. Ici, même début brusque, même intensité de la fièvre et possibilité des douleurs articulaires. Il est vrai que dans la scarlatine, le grand frisson du début est plus rare, l'angine beaucoup plus intense et bien plus fréquemment accompagnée d'exsudats pultacés ; toutefois, c'étaient surtout les conditions de contagion et aussi les caractères de la desquamation qui permettaient d'affirmer le diagnostic. En effet, cette dernière se fait par grands lambeaux dans la scarlatine, tandis qu'elle est furfuracée dans l'influenza où elle peut même passer inaperçue.

La coïncidence du délire, des convulsions et des vomissements ont pu, chez l'enfant, faire penser à une méningite. Des faits analogues ont été signalés à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux ; mais comme dans le cas auquel nous faisons allusion, la rapidité de l'amélioration éloignait toute crainte dès le second jour.

Dans la description de l'influenza, nous avons négligé à dessein de parler de la forme typhoïde de la maladie, n'ayant pas eu l'occasion de l'observer. Toutefois, les faits de ce genre n'ont pas été très rares, et l'ensemble symptomatique a pu être tel que le doute était des plus légitimes, bien que de peu de durée, à raison de l'évolution rapide de l'influenza. En effet, dans les deux maladies, les sujets accusaient la courbature généralisée précédée d'une fatigue excessive, souvent les vertiges, les épistaxis, la céphalée avec douleur à la nuque. La brusquerie du début pouvant s'observer dans la fièvre continue, on le voit, le tableau était presque complet. Dans les cas où les vomissements existaient, ils constituaient, chez l'adulte du moins (Jaccoud in *France médicale*, janv. 1890), un bon élément de diagnostic, à raison de leur rareté chez ce dernier quand il s'agit de la fièvre typhoïde. Enfin, nous le répétons, si cet ensemble de symptômes pouvait faire hésiter au début, la marche de la maladie et surtout celle de la température dès le troisième jour ne laisseit plus de doute.

Reste le diagnostic avec la dengue. Si l'on s'en rapportait à la description de la forme foudroyante de la fièvre rouge, telle qu'elle se présente dans les régions intertropicales, l'élimination devrait être faite d'emblée. Mais si l'on se souvient que dans les climats méditerranéens elle a déjà subi, dans son début et dans ses symptômes, par le seul fait du climat, une extrême atténuation, on conçoit facilement une dengue, plus atténuée encore, si cette maladie venait à se montrer dans des pays plus froids que la Syrie et l'Egypte.

Quels sont les éléments de ce diagnostic ? Ici n'ayant aucune expérience personnelle, je ne puis que m'appuyer sur les écrits publiés par les auteurs qui ont pu étudier la dengue sur place dans les pays d'origine. Il est cependant une remarque faite par une de nos malades que je tiens à relater ; ce n'est qu'une impres-

sion de malade, mais elle n'en constitue pas moins un fait curieux. La patiente avait été atteinte, au mois de juin, de la fièvre dengue pendant son séjour en Syrie ; or, nous disait-elle, ce que j'ai éprouvé ces jours derniers ressemble d'une façon absolue aux symptômes que j'ai éprouvés cet été. Seulement les sueurs sont beaucoup moins profuses et cela s'explique par la différence de climat.

Pour bien fixer les éléments de ce diagnostic, il nous semble utile de résumer ici la description de la dengue, nous l'empruntons à M. Proust qui cite lui-même M. Stamatiadès, de Smyrne :

« L'individu est surpris, le plus souvent en pleine santé, d'un frisson léger accompagné de céphalalgie frontale très intense... Cette céphalalgie se localise parfois au fond de l'orbite et alors la conjonctive est congestionnée et les yeux sont brillants. Dans quelques cas il y a un léger mal de gorge ; le pharynx se présente quelquefois rouge... L'haleine est fétide, et la langue chargée d'un enduit blanchâtre ; il y a inappétence complète. La céphalalgie est accompagnée de douleurs arthritiques et musculaires très vives et surtout aux membres inférieurs. Il y a une anxiété précordiale très considérable. La fièvre atteint 39° et monte vite à 41°.. Les pulsations sont de 100 à 120 par minute... Plusieurs malades se plaignent de vertiges accompagnés parfois de nausées ou de vomissements... La constipation est le cas ordinaire... Le foie, la rate et les poumons ne présentent rien d'anormal... La fièvre dure vingt-quatre à quarante-huit heures : elle est accompagnée de sueurs profuses qui exhalent une odeur *sui generis*... Avant l'abaissement de température se présente une éruption tantôt scarlatineuse, tantôt rubéolique : elle dure un à deux jours... Cette éruption est souvent suivie d'une rémission de deux à quatre jours et elle reparaît à nouveau... Cependant elle n'est constante... souvent l'éruption est terminée par une desquamation ordinairement imperceptible. Le malade tombe dans une telle faiblesse, qu'on dirait qu'il relève d'une longue maladie. L'inappétence persiste pendant la convalescence... Aucun âge n'est à l'abri de la maladie ; le sexe n'a... aucune influence. Parfois il y a des épistaxis... des métrorrhahies. »

Bien que ce tableau de la dengue ressemble suffisamment à celui de l'influenza pour permettre leur confusion, il semble possible de rendre cette similitude plus complète encore si l'on se rapporte au travail publié par M. Cogniard sur l'épidémie qui a sévi au Caire en octobre dernier. Nous y trouvons décrits, avec détails les caractères de la dengue observée dans un pays chaud, mais en dehors de l'époque ordinaire de son apparition : or, cette description se rapproche plus encore de celle de la maladie que nous avons observée à Paris (*Sem. méd.*, déc. 1889). En effet, nous y voyons notée l'élévation plus faible de la température qui atteint rarement 38°9 ; l'atténuation des phénomènes gastro-intestinaux ; l'intensité moins grande des douleurs articulaires ; la fugacité et la rareté relative des éruptions, jointe au caractère furfuracé de la desquamation ; enfin la gravité moindre des phénomènes nerveux.

Si on ajoute que les membres de la Faculté française de Beyrouth ont reconnu, dans l'influenza qui vient de faire son apparition en Syrie, la dengue vraie modifiée par les conditions climatériques nouvelles dans lesquelles elle évolue, il sera facile de comprendre que nombre de médecins aient hésité et hésitent encore à séparer l'influenza et la dengue.

Voyons maintenant quels sont, d'après M. Proust (*Acad. de médecine*, 18 déc. 1889), les éléments de ce diagnostic :

1° Lorsqu'une épidémie envahit un pays pour la première fois, elle est remarquable par sa malignité.

2° Dans l'épidémie actuelle on ne note pas l'état saburral si souvent signalé dans la dengue.

3° Jamais on n'a noté dans la dengue les complications respiratoires observées dans l'épidémie actuelle.

4° On ne note pas non plus la douleur spéciale des genoux ni la rachialgie.

5° On n'a pas encore signalé les sueurs fétides, la desquamation et les démangeaisons intolérables ;

6° Dans notre épidémie la convalescence est courte... Elle est longue dans la dengue... et s'accompagne d'une débilitation considérable ;

7° On a cité des épidémies de grippe remarquables pour la faible importance des manifestations catarrhales et par l'existence d'éruptions polymorphes.

Les mêmes éléments sont donnés par le prof. Peter : « La dengue attaque le tube digestif : la grippe frappe d'*élection* l'appareil respiratoire avec complications plus ou moins graves. La dengue s'accompagne d'éruption constante ; la grippe est sans éruptions ou ne présente que poussées sudorales.

M. Guyenot (*Soc. méd. Pratique*, janv. 1890), insiste surtout sur la double éruption de la dengue et sur la marche de la température. Celle-ci ne dépasserait jamais 39 dans l'influenza et varierait toujours en 39° et 40° dans la dengue.

Un élément dernier d'une importance extrême est le mode de propagation : l'influenza est-elle oui ou non contagieuse ?

Laissant de côté les symptômes qui appartiennent sans conteste aux deux maladies, j'étudierai plus spécialement les faits que j'ai observés en les rapportant aux éléments de diagnostic signalés par les auteurs mentionnés plus haut.

Le caractère de bénignité de l'épidémie, dégagée de toute complication, a été extrêmement net. Mais à cette objection il est possible de répondre que cette apparition, si on admet l'identité des deux maladies, n'est pas la première, ni en Europe ni en France. En effet la relation de l'épidémie de 1580, citée par M. Brouardel, prête, comme l'épidémie actuelle, à des interprétations diverses, puisque la symptomatologie est la même. On

peut en dire autant des épidémies décrites par Monro (1762) par Héberden (1775) et par Franck (1782). En effet la description détaillée de l'épidémie qui sévit en 1732 à Edimbourg et que M. Cabanès a publiée, d'après le journal des savants (*Jour. med. de Paris*, fév. 1890), s'applique trait pour trait à ce que nous venons d'observer : « fièvre avec frisson, vertiges, douleurs de tête et de poitrine, écoulement de sérosité par le nez et les yeux, douleurs aiguës du ventre suivies de diarrhée et selles sanguinolentes ; disposition à la sueur ; gravité pour les personnes agées, les phthisiques et ceux qui étaient déjà affaiblis par d'autres maladies, tous les principaux symptômes, y sont jusqu'à l'immunité des prisonniers et des enfants isolés dans un hôpital ».

L'état saburral est-il aussi rare que M. Proust semble le penser. Pour mon compte je n'en crois rien. Si je m'en rapporte aux cas, cependant assez nombreux que j'ai observés, l'état saburral de la langue, avec coïncidence d'un goût mauvais dans la bouche, serait un symptôme presque constant. Ce fait a d'ailleurs été relevé par nombre d'autres observateurs, et M. Huchard signale même une forme particulière à laquelle il donne la qualification d'*infectieuse*. Dans cette forme la langue reste saburrale pendant plus d'un mois. Du reste la rareté de l'état saburral a été un des caractères de la dernière épidémie de dengue du Caire (Cogniard).

L'absence de complications pulmonaires est certainement un des faits les plus carractéristique de la dengue normale. Cependant ce caractère n'est pas absolu : en effet les professeurs de la Faculté de Beyrouth font remarquer, à propos des faits observés actuellement en Syrie, que la fréquence exceptionnelle des manifestations laryngo-bronchiques ne suffit pas à faire admettre l'existence d'une maladie nouvelle. Ils pensent qu'il s'agit de la dengue, modifiée par des circonstances climatériques et atmosphériques encore indéterminées.

M. Proust ajoute « on n'a pas signalé les sueurs fétides, la desquamation et les démangeaisons ». Ici encore les faits que nous avons observés sont en contradiction avec l'assertion de l'éminent professeur. Nous avons déjà insisté sur la fréquence de ce symptôme et sur son abondance parfois extrême. En même temps nous avons indiqué l'odeur spéciale, fétide serait trop dire, mais excessivement pénétrante et tenace de cette transpiration. D'ailleurs nous n'avons pas été les seuls à observer ce symptôme qui est rapporté par Sokoloff, Renvers, Grasset, Gaudichier et Jasiewicz. Du reste ces sueurs eussent-elles été plus rares, que nous en trouverions l'explication toute naturelle dans la différence de température des climats. Ajoutons que l'atténuation avait déjà été notée au mois d'octobre au Caire (Cogniard).

Enfin, dit M. Proust, et M. Guyenot appuie sur ce point, « dans la grippe la convalescence est courte, elle est longue dans la dengue ». Ce caractère a pu être vrai pour les sujets pris dans les premiers temps de l'épidémie, mais nous sommes obligés de reconnaître qu'il n'en a été longtemps de même. Au cours de la description de l'influenza, j'ai insisté sur le caractère long et traînant de la convalescence, qui s'accompagne d'inappétence, de faiblesse extrême. Ce caractère avait déjà été noté par Estienne dans l'épidémie de 1643 : « car avant que l'appétit de manger fust aux personnes revenu, si fut-il plus de six semaines... » (De Backer).

Jusqu'ici nous n'avons pas le droit de rejeter le diagnostic de dengue pour accepter, sans conteste, celui de grippe, puisque tous les caractères, donnés comme spéciaux à cette dernière, se retrouvent dans l'épidémie actuelle. En effet, pas plus que les autres symptômes, la douleur pourtant si spéciale des genoux n'a fait défaut (Bucquoy) et dans les cas où elle n'existait pas, on notait toujours de la rachialgie, à des degrés variables, il est vrai. La température nous fournira-t-elle un élément plus certain, je ne le pense pas. D'après M. Guyenot elle ne dépasse jamais 39° dans la grippe et ne descend jamais au dessous dans la dengue. Or, dans le travail de M. Cogniard on trouve cités des cas typiques dans lesquels le thermomètre s'est à peine élevé à 38°5. D'un autre côté, j'ai constaté, chez trois de mes malades, une température de 40°5. Ce n'est donc pas un criterium plus certain que ceux que nous avons passé en revue.

Restent les éruptions à répétition et la desquamation. Les éruptions typiques de la dengue apparaissent toujours avant le 2e jour, et reviennent de nouveau au bout de quelques jours alors que la convalescence semble un fait acquis.

L'apparition de l'éruption, quand elle avait lieu pendant l'épidémie actuelle, avant le deuxième jour, a été un fait constant aussi bien dans les observations publiées que dans nos observations personnelles. Quant à la récidive de l'éruption, je n'en ai constaté qu'un seul exemple : il s'agissait d'un tuberculeux qui avait présenté une première éruption scarlatiniforme. Quatre jours après son premier érythème, reprise de fièvre avec frissons et apparition d'une nouvelle éruption rubéolique et à prédominance articulaire. En dehors de ce fait, il nous a été rapporté, par une personne très digne de foi, que dans la maison d'éducation qu'elle dirige, toutes les pensionnaires malades, et elle-même, ont présenté une première éruption scarlatineuse, puis vers le 6e jour, une nouvelle éruption avec reprise de l'ensemble fébrile du début. Seule la rareté des éruptions, eu égard à la quantité de sujets frappés, serait en ce moment de nature à faire rejeter l'idée de la dengue si les médecins, qui observent la dengue en hiver au Caire et à Beyrouth, ne nous disaient que dans l'épidémie actuelle, et, bien qu'il s'agisse, à n'en pas douter, de la fièvre rouge, les éruptions sont rares et fugaces. Ils ajoutent que la desquamation est furfuracée et passe souvent inaperçue.

Jusqu'ici, nous n'avons trouvé aucun symptôme qui permette d'établir, avec certitude, un diagnostic. Il est un dernier fait d'une importance extrême à ce point de

vue, c'est le mode de propagation. Pour M. L. Collin, la marche de l'épidémie actuelle est celle de toutes les épidémies de grippe... En dépit de la rapidité des communications « elle n'est pas plus universelle et ne marche pas plus vite qu'au siècle dernier ». Elle démontre une fois de plus son indépendance de tout transport par les communications humaines. La dengue, au contraire, « aurait subordonné sa marche à la rapidité des moyens de transport ». Voilà donc un caractère bien net, affirmé par un épidémiologiste des plus éminents; va-t-il nous permettre de résoudre ce problème si complexe?

D'abord je ferai remarquer que déjà dans la relation citée plus haut de l'épidémie de 1732, nous voyons noté ce fait que tandis que toute la ville était prise, seuls une prison et un hôpital d'enfants ont été préservés : c'étaient à coup sûr d'excellents milieux de propagation, mais ils restaient sans communication avec le dehors. Revenons à l'épidémie actuelle. Combattue en France avec M. Collin, par MM. Proust et G. Sée (ce dernier fait de l'influenza une maladie infectieuse, non contagieuse et indépendante des conditions atmosphériques) ; à l'étranger par MM. Furbingn, Biche, Baer, et Leyden, la contagiosité de l'influenza est admise par MM. Rendu, Grasset, Truffert, Heidenreich, Duchateau, Comby, Renvers, Hisch, Nothnagel, Meyer, Guttman et Hénoch. A l'appui de cette thèse, M. Proust a lu d'ailleurs, à l'Académie, la relation de l'épidémie qui a éclaté à bord du Saint-Germain après l'arrivée d'un passager malade. Quant aux faits rapportés par Truffert et Duchateau (épidémie du Borda) ils sont très probants.

Parmi les cas que nous avons observés, un grand nombre plaident en faveur de la contagion : familles habitant des maisons jusque-là indemnes, envahies par la maladie à la suite de visites faites par des personnes appartenant à des foyers contaminés et qui s'alitaient elles-mêmes le lendemain de la visite.

Toutefois il est deux faits dans lesquels le mode de propagation par contagion de proche en proche est indéniable: ces deux cas sont identiques. Les deux familles habitaient la campagne, près d'un village indemne. Un des membres est obligé de se rendre dans un foyer infecté (Paris, Vendôme) ; quelques jours après leur retour, accès d'influenza qui gagna d'abord les personnes qui approchent le plus près les malades, puis envahit le château et le village.

En résumé aucun de ces caractères ne sont pathognomoniques ni de la grippe ni de la dengue, puisqu'ils sont communs à des épidémies antérieures réputées grippes et à certaines épidémies typiques de dengue. Dès lors on conçoit aisément que bon nombre de médecins se rattachent à l'idée d'une forme spéciale de la dengue, d'une dengue modifiée par nos climats.

Au début de l'épidémie, n'ayant pas le droit d'avoir d'opinion personnelle au milieu des avis les plus différents émis de tout côté, je pensais que s'il s'agissait vraiment de la dengue, nous en aurions la certitude quand elle serait revenue à son point de départ, en Syrie. Aujourd'hui cette expérience clinique est réalisée. Après avoir envahi l'Europe et l'Amérique, l'influenza est revenue à Beyrouth, où la dengue sévissait en août ; elle a trouvé des conditions climatériques toutes différentes de celles qu'elle avait l'habitude d'y rencontrer, aussi a-t-elle présenté une symptomatologie bien différente de sa forme commune et classique. Elle ressemble à l'influenza d'Europe par la fréquence des complications broncho-pulmonaires. Malgré ces différences les médecins de Beyrouth n'hésitent pas : pour eux la maladie qu'ils observent est la dengue modifiée, et l'influenza serait la dengue des climats froids. C'est aussi l'opinion de M. Napias qui tout en pensant que l'influenza est bien la grippe ajoutait (*Société de médecine publique et d'hygiène*) : « il est regrettable que la dengue ne soit pas appelée la grippe des pays chauds ». C'était reconnaître l'identité des deux maladies.

LARYNGOLOGIE

Traitement chirurgical des petits néoplasmes sessiles du bord libre des cordes vocales, au moyen d'une curette spéciale (1),

Par le Dr Luc,
Ancien interne des hôpitaux.

Nous fûmes consulté à notre dispensaire, au commencement de l'année dernière, par un homme d'une cinquantaine d'années exerçant la profession de facteur des postes et qui nous était adressé par notre ami, le Dr Sottas. Cet homme se plaignait d'un enrouement qui avait débuté près d'un an auparavant, et avait été en s'aggravant progressivement depuis. L'examen laryngoscopique nous permit de constater, vers la partie moyenne du bord libre de la corde vocale gauche, une petite tumeur ayant les dimensions d'un grain de blé, de couleur rosée, d'apparence gélatineuse et qui, loin d'être pédiculée, présentait sa plus grande largeur au niveau de son implantation. Malgré cette large implantation, la néoplasie, au lieu de se maintenir au niveau de la corde vocale, s'affaissait un peu au-dessous de son bord libre, ce qui permettait de conclure à une grande mollesse de son tissu. Il va sans dire que cette tumeur s'opposant à la juxtaposition des cordes, au moment de la phonation, expliquait tout naturellement l'enrouement du malade et qu'il était indiqué d'en pratiquer l'ablation. Mais cette opération n'était pas sans difficulté, en raison de la disposition sessile du néoplasme qui adhérant au bord de la corde vocale, suivant son grand axe, figurait un petit arc de cercle dont ce bord représentait la corde. Toute tentative d'extirpation avec l'anse devait fatalement échouer ici et nous

(1) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

n'essayâmes même pas d'y avoir recours. Nous ne voulûmes pas non plus recourir à la cautérisation ignée ni aux caustiques, en raison de la difficulté d'en limiter l'action. D'autre part, nos tentatives d'extraction avec les pinces coupantes étant demeurées vaines, nous priâmes M. Mathieu de nous fabriquer pour ce cas particulier, une petite curette pouvant se visser sur le manche de Heryng, mais qui nous paraissait devoir présenter sur les curettes de cet auteur l'avantage de ne pas exposer à la section des parties saines.

Notre curette à la forme d'un losange dont le grand axe est sur le prolongement du manche et dont les quatre côtés sont formés par autant de lames tranchantes, au niveau de leur bord interne. En outre, ces quatre lames dont la largeur n'excède guère deux millimètres ne sont pas situées dans un même plan, mais elles sont légèrement inclinées de façon à former par leur ensemble un tronc de pyramide quadrangulaire d'une hauteur extrêmement faible par rapport à la base. Les bords mousses des lames forment la base de la pyramide, les bords tranchants correspondent à la surface de section idéale. La curette présente donc deux faces, l'une mousse, l'autre tranchante. C'est cette dernière qui doit être tournée vers le néoplasme à enlever. Celui-ci est engagé dans la fenêtre formée par l'ouverture du losange puis, la curette *ne cessant d'être appuyée contre la corde vocale*, est retirée du larynx, opérant par ce mouvement de bas en haut la section inclusive de tout ce qui dépasse le niveau du bord libre de la corde vocale. Dans le cas particulier pour lequel notre curette avait été construite, notre but fut pleinement atteint. Grâce à une bonne cocaïnisation préalable, l'opération pût être exécutée sans trop de tâtonnements, sans le contrôle du miroir et, après deux tentatives infructueuses, nous avions enfin la satisfaction de ramener du dehors une petite tumeur pâle gélatiniforme offrant tous les caractères microscopiques d'un myxome. La voix fut, séance tenante, notablement transformée; elle était presque normale quand nous revîmes le malade quelques jours après, et nous pûmes constater avec le miroir que le bord de la corde vocale avait récupéré une rectitude linéaire presque parfaite.

Nous obtînmes le mois dernier un résultat analogue chez une jeune aveugle obligeamment adressée à notre dispensaire par notre excellent collègue, le Dr Claisse, pour une raucité survenue progressivement à la suite de fatigues vocales. L'examen laryngoscopique nous révéla chez cette jeune fille une nodosité implantée sur la partie moyenne du bord de la corde vocale gauche, ayant les dimensions d'un grain de millet et offrant tous les caractères objectifs des néoplasmes décrits sous le nom de nodosités des chanteurs. Ici encore l'absence de pédiculisation de la tumeur s'opposait à son extraction au moyen de l'anse ou de la pince. Après quelques tentatives faites pour la détruire au moyen du nitrate d'argent, qui ne donnèrent que des résultats fort incomplets, nous nous décidâmes à avoir de nouveau recours à notre curette, et dans ce second cas, comme dans le premier, nous fûmes assez heureux pour amener assez rapidement la petite tumeur au dehors, grâce à une cocaïnisation préalable et aussi complète que possible de la cavité laryngée qui nous permit de ne pas perdre un seul instant l'instrument de vue, jusqu'au moment où le néoplasme fut bien engagé dans l'intervalle des lames de l'instrument. Quelques jours après, nous constations que le bord de la corde vocale avait récupéré la régularité normale et l'amélioration de la voix était telle que la jeune fille pouvait reprendre ses études de chant.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur la grippe, à propos de l'épidémie de 1889-1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le Dr A. Villard, correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, recueillies par le Dr Oddo, chef de clinique. Paris, Masson, 1890.

La dernière épidémique de grippe qui a étonné le monde médical par sa généralisation et sa violence aura provoqué un nombre considérable de travaux sur la question. Ces travaux dans lesquels leurs auteurs apportent le résultat de leurs observations et de leurs méditations personnelles sont utiles à un double point de vue, d'abord parce qu'ils fixent mieux la phénoménalité de la maladie que l'on arrive à mieux connaître, puis parce qu'ils nous font connaître les opinions que l'on se fait de sa nature et de ses causes. On a sans doute peu ajouté aux descriptions antérieures au point de vue des symptômes si variés de la grippe bénigne, on connaît mieux, par contre, les complications plus ou moins dangereuses de la maladie, son influence sur les maladies préexistantes ou intercurrentes, sa longue convalescence. Ce sont là des points que M. Villard a développés avec beaucoup de clarté dans ses leçons cliniques. La variété du début et des manifestations de la grippe fait que le diagnostic de la maladie prête à des considérations intéressantes, enfin le résultat des recherches bactériologiques trouve naturellement sa place dans ces leçons. Une leçon est consacrée à la marche de l'épidémie comparée à celle des épidémies antérieures, puis à la contagion et au traitement. L'histoire de la pneumonie grippale est faite dans une leçon; la dernière est consacrée à la grippe infantile. M. le Dr Villard considère la grippe qui a régné comme identique à la dengue, et les caractères différentiels qu'on a donnés des deux maladies dépendraient plutôt des conditions climatériques. En dehors des points intéressants sur l'histoire de la maladie que l'auteur de ces leçons cliniques a bien mis en relief, le lecteur trouvera de très utiles développement sur le traitement de la grippe.

L. Jumon

Les poisons de l'air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, par N. Gréhant, aide naturaliste au Muséum, lauréat de l'Institut. Paris J.-B. Baillière et fils, 1890. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)

Jamais à aucune époque la nécessité de créer ne s'est mieux fait sentir qu'aujourd'hui. C'est que depuis quelques dizaines d'années les conditions sociales qui entraînent avec elles l'adultération de l'air respiré vont en s'accroissant. La population des villes augmente toujours au détriment de la population rurale; les professions insalubres par suite de l'insuffisance ou de la souillure de l'air font des recrues, dont le nombre s'accroît avec les progrès de l'industrie ; et, comme si toutes ces causes ne suffisaient pas, nous augmentons encore les dangers de l'intoxication par l'usage domestique d'appareils quelquefois mal appropriés, et qui sont auprès de nous des menaces constantes d'asphyxie.

Nul n'était mieux préparé que M. Gréhant à nous tracer l'histoire des poisons de l'air ; ses travaux antérieurs connus de tous les médecins sont de sûrs garants de l'exactitude de ceux qu'il nous livre aujourd'hui. L'auteur expose ses recherches sur l'acide carbonique et sur l'oxyde de carbone. Après avoir donné les procédés de préparation de l'acide carbonique, ses procédés d'analyse et d'extraction dans les liquides, et en particulier dans le sang, M. Gréhant étudie le dosage de l'acide carbonique exhalé par les poumons et les variations de cette exhalation dans certains cas pathologiques. Le dosage de l'acide carbonique exhalé permet de savoir avec précision comment le poumon fonctionne, ce qui peut donner d'utiles indications diagnostiques et pronostiques.

Un chapitre est consacré à l'action toxique de l'acide carbonique, aux accidents qui surviennent dans les puits, aux moyens de les éviter, aux effets de l'accumulation de ce gaz dans le sang. Enfin le même gaz est doué de propriétés anesthésiques qu'ont bien démontrées les expériences d'Ozanam, de Paul Bert et de Gréhant ; l'étude de cette propriété termine la partie qui a trait à l'acide carbonique.

Le même plan est suivi pour l'étude de l'oxyde de carbone. Mais ici la question se complique du fait capital dans l'histoire de cette intoxication, l'absorption du gaz toxique par l'hémoglobine. M. Gréhant s'est attaché à déterminer la quantité exacte d'oxyde de carbone qui est fixée par le sang ; il résulte de ces recherches qu'une petite partie de l'hémoglobine échappe à l'action du gaz, et reste capable d'absorber l'oxygène, mais la quantité d'oxygène est insuffisante pour entretenir la vie. M. Gréhant détermine ensuite la dose toxique qui varie suivant les animaux, puis expose les procédés de dosage de l'oxyde de carbone expiré, et les diverses circonstances de son élimination. Un chapitre très développé est consacré aux applications hygiéniques, à l'empoisonnement par le gaz de l'éclairage, à l'asphyxie par la braise de boulanger, par le tabac à fumer, enfin par les appareils de chauffage, en particulier par les poêles mobiles. Le traitement de l'intoxication oxycarbonée comprend trois articles, les premiers secours, la respiration artificielle et la transfusion du sang. Il n'en faut pas davantage pour rendre un livre utile à la pratique médicale.

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Massy (de Bordeaux) qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant la description d'un instrument qu'il appelle porte-ficelle embryotome ; 2° une lettre de M. le Dr Rottenstein qui prie également l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 3° une lettre de M. le Dr Duval qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant une formule de bière joubarbée ; 4° une lettre de M. le Dr Tartière, médecin major de 2e classe au 8e régiment de hussards à Vienne, qui envoie la relation d'une épidémie de rougeole qui a sévi sur ce régiment ; 5° une lettre de M. le Dr Fichot (de Corbigny) qui adresse un rapport sur les épidémies qui ont sévi dans la Nièvre en 1889 ; 6° un rapport sur les épidémies de rougeole dans le canton d'Ay en 1889-1890, par le Dr Plouquet.

M. Proust présente de la part de M. le Dr Edelmann, de Pantin, ses cahiers de vaccine pendant l'année 1889 avec un certain nombre d'observations intéressantes.

M. Cornil dépose de la part de M. Babès un nouveau pli cacheté.

M. Féréol en l'absence de M. Peter présente à l'Académie au nom de l'auteur le Dr Francisco Cobos, de la République Argentine, deux tableaux : l'un (modèle n° 1) pouvant servir aux cliniques médicales et chirurgicales et présentant le tableau thermométrique de la respiration et du pouls.

On y voit les tracés sphygmographiques normaux auxquels on peut opposer le tracé sphygmographique anormal. Il y a d'autre part des colonnes permettant d'inscrire les modifications pathologiques de l'urine.

L autre tableau (modèle n° 2) est destiné spécialement à la clinique médicale et indépendamment des courbes thermométriques ainsi que de celles de la respiration et du pouls, on y voit des coupes schématiques de l'encéphale, du bulbe et de la moelle, des figures schématiques du cœur et de ses valvules, ainsi que de l'aorte et de l'artère pulmonaire, des viscères thoraciques et abdominaux sur chacun des points desquels on peut graphiquement dessiner les signes physiques dénonciateurs des lésions.

Sur ces tableaux des colonnes sont destinées à recevoir l'observation journalière de la maladie, de sorte qu'on peut avoir tout à la fois sur ces feuilles et l'observation du malade et la représentation graphique des signes physiques et chimiques qui révèlent l'affection. Ces tableaux sont en résumé, dans un ensemble saisissant, la synthèse de la séméiotique clinique.

Des résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète. — M. Féréol fait un rapport sur le travail lu

récemment par M. Glénard à l'Académie. (V. *France méd.*, n° 17, p. 265). Le procédé recommandé par M. Glénard permettrait d'explorer très facilement tout le bord antérieur du foie. Quand on ne peut pas sentir ainsi le bord du foie, on peut en conclure que le foie est petit. M. Glénard ne se prive pas d'ailleurs des autres modes d'exploration.

M. Féréol croit que ce mode d'exploration peut, en effet, donner des renseignements précis lorsqu'on a contracté une certaine habitude du manuel opératoire. Il tient donc pour absolument dignes de créance les diagrammes fort nombreux que M. Glénard a mis sous les yeux de l'Académie.

Voyons quel parti M. Glénard en a tiré pour l'étude du foie dans le diabète. M. Glénard résume ses recherches en trois propositions :

1° Dans 60 pour 100 des cas de diabète, le foie donne des signes d'altération, principalement dans son lobe droit;

2° Le diabète, la lithiase biliaire et l'alcoolisme sont en connexion étroite.

3° Il existe un diabète vrai uniquement produit par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique.

M. Glénard a recueilli à Vichy la plupart de ces observations, or les malades de Vichy forment une sorte de sélection, ils ont été choisis par leurs médecins qui ont pensé que Vichy leur convenait. Cette proportion de 60 pour 100 peut donc être exagérée.

Y-a-il un seul ou plusieurs diabètes? M. Féréol penche plutôt pour la seconde opinion. Il est probable qu'il y a au moins un type hépatique du diabète, mais on ne peut faire des lésions du foie la condition indispensable du diabète. S'il est vrai que l'anatomie pathologique du diabète n'existe encore qu'à l'état d'ébauche, on peut dire à peu près la même chose de l'anatomie pathologique du foie lui-même. Aussi les résultats apportés par M. Glénard n'ont rien d'invraisemblable. Cet état du foie d'ailleurs peut n'être qu'un résultat et non la cause du diabète.

La deuxième conclusion de M. Glénard est que dans le diabète on trouve dans le foie des lésions qui établissent entre le diabète, la lithiase biliaire et l'alcoolisme, des connexions étroites. Cette conclusion tendrait à faire admettre un type spécial de diabète alcoolique et elle s'était déjà montrée à l'esprit de M. Féréol. Tous les auteurs ont noté que les diabétiques étaient de bons mangeurs et de bons buveurs. Sans doute beaucoup de malades commencent par un alcoolisme lent pour aboutir au diabète. La lésion du foie le plus souvent rencontrée est la cirrhose atrophique ou hypertrophique.

En résumé, ce travail est une étude consciencieuse qui apporte à l'étude du diabète une technique d'une certaine valeur et qui ouvre quelques aperçus nouveaux et intéressants sur la pathogénie de cette maladie.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux. Pour la première place, sur 57 votants, majorité 29, M. Herrgott (de Nancy), est élu par 54 voix contre 1 donnée à M. Notta, 1 à M. Bourguet et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 52 votants, majorité 27, M. Bourguet est élu par 35 voix contre 6 données à M. Azam, 6 à M. Notta et 4 à M. Bouchacourt.

Des accidents de la chloroformisation. — M. Laborde. La question du traitement des accidents chloroformiques est dominée par la question du diagnostic pathogénique de ces accidents. La syncope respiratoire est le fait le plus important. Il y a deux indications dominantes dans la prévention des accidents : 1° s'opposer aux réflexes, et surtout à l'arrêt cardiaque ; 2° s'opposer à l'accumulation des effets toxiques et par conséquent doser avec soin la substance anesthésique.

Pour répondre à la première indication, il faut autant que possible abaisser le taux de la sensibilité générale avec les anesthésiants, par exemple avec la morphine ; il faut abaisser la sensibilité périphérique des nerfs qui sont ici en jeu, les nerfs des voies respiratoires et des fosses nasales, le pneumo gastrique. La plupart des chirurgiens ne veulent pas recourir à la morphine, aussi M. Laborde cherche à employer la narcéine en la rendant soluble. Le curare qui serait également indiqué, ne peut être employé chez l'homme. Quant à l'atropine, on ne peut la faire intervenir à dose suffisante chez l'homme pour diminuer suffisamment l'irritabilité du pneumogastrique.

Il y a d'autres moyens pour émousser la sensibilité des nerfs de la muqueuse nasale ou de la muqueuse laryngée, par exemple un badigeonnage avec une solution de cocaïne de la muqueuse du nez ou de l'arrière-gorge.

Reste la question des effet toxiques. Les moyens indiqués ci-dessus sont encore excellents pour l'entrée en scène de la chloroformisation. Quant aux accidents d'intoxication proprement dits, produits par des accumulations trop considérables de chloroforme, le meilleur moyen d'y obvier, c'est le dosage, le titrage du chloroforme.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Worms, lu par M. Nocard, sur le prix Monbinne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Traitement de la cystocèle par la cystopexie. — M. Terrier fait un rapport sur des travaux de MM. de Markas, Dumoret et Tuffier sur le traitement de la cystocèle.

M. de Markas, sous le nom de gastrocystorraphie, a fait deux opérations dans lesquelles il a fixé la fibromuqueuse de la vessie relevée à la paroi abdominale antérieure. Il a obtenu deux guérisons dont une datant de 6 mois et trouve ce procédé supérieur à ceux qui se pratiquent sur le vagin. M. Dumoret est intervenu chez une femme en 48 ans dont le père était hernieux, dont la mère et la fille portaient des pessaires, qui elle-même avait autrefois subi une amputation du col et qui était atteinte d'une cystocèle tellement prononcée et si douloureuse qu'elle demandait une opération, quelque dangereuse qu'elle pût être. M. Dumoret fit la laparotomie et tomba sur une anse intestinale adhérente au globe vésical, il put avec grand'peine la détacher. Il chercha alors l'ouraque dont il voulait se servir ; mais ne put trouver cet organe et fixa alors par 9 fils de soie placés sur les côtés et sur la ligne médiane la séreuse vésicale au plan musculo-aponévrotique de la paroi. Huit jours après l'opération l'opérée eut des frissons, des accidents pulmonaires et mourut de bronchopneumonie ; c'était à l'époque de l'influenza. A l'autopsie on ne trouva aucune trace de péritonite ; la vessie était accolée par sa face antéro-supérieure, les sutures avaient bien tenu. M. Dumoret recommande cependant dans son travail de

faire plus et croit que l'ourohystérocystopexie serait l'opération qui aurait le plus de chances de donner des résultats durables.

M. Tuffier, sous le nom de cystopexie, retrace deux opérations dont l'une de 18 mois ; c'est donc à lui que revient la priorité. C'est après avoir expérimenté sur des animaux et avoir obtenu des résultats favorables aux trois questions suivantes : la vessie peut-elle contracter des adhérences avec la paroi ? Cette fixation ne gêne-t-elle pas la miction ? Les uretères ne se coudent ils pas ? que ce chirurgien transporta sur la femme l'opération suivante. Après une incision comme celle de la taille hypogastrique il arrive par la cavité de Retzius sur le globe vésical, decolle le péritoine et ouvrant de chaque côté deux petits rectangles sur la vessie ; il les suture par 4 fils à la paroi abdominale antérieure, puis par un tamponnement vaginal soutient le réservoir urinaire. M. Tuffier a eu deux succès dont l'un trop récent pour entrer en ligne de compte, mais dont l'autre date sans récidive de 18 mois.

M. Terrier divise en 2 classes ces procédés, ceux auxquels on pourrait donner le nom de cystopexie abdominale antérieure intra-abdominale, pratiqués par MM. de Markas et Dumoret, et ceux extra-péritonéaux qui ont réussi entre les mains de M. Tuffier. Le rapporteur fait cependant remarquer que la malade guérie de sa cystocèle par M. Tuffier avait subi autrefois une hystéropexie et pense qu'après cette première opération la colporraphie antérieure suffit.

M. Bouilly ne croit pas que ces opérations ne disparaissent promptement. La cystocèle est due en effet et à une mauvaise involution de la paroi vaginale antérieure après l'accouchement, notamment, et à une faiblesse du plancher pelvien. C'est à ces deux lésions qu'il faut s'adresser et la suspension de la vessie n'empêche pas la paroi vaginale supérieure trop large de faire hernie, aussi il croit que la colporraphie antérieure avec périnéorraphie sont de bonnes opérations et qui donnent d'excellents résultats.

M. Verneuil trouve qu'il ne faut pas remplacer par des procédés compliqués et dangereux, les opérations simples comme la colporraphie, qui sont bien suffisantes. Cette opération l'a toujours satisfait et par une colpopérinéorraphie complémentaire on maintient bien la réduction de la cystocèle. Quant à la direction de l'ouraque, il ne comprend pas trop le fond qu'on peut faire sur ce fragile organe difficile à trouver, du reste.

M. Pozzi est de l'avis de MM. Verneuil et Bouilly, il faut avant tout rétablir le parallélisme et l'accollement des parois vaginales pour lutter contre la pression atmosphérique et la colpopérinéorraphie arrive à ce résultat. Ce chirurgien pense de plus que les sutures destinées à soutenir les prolapsus sont bien précaires, car les adhérences s'allongent toujours.

M. Terrier fait remarquer que n'ayant pas fait des opérations de ce genre, il n'a pris parti pour aucune d'elles. Tout ce qu'on peut dire c'est que dans quelques cas les procédés usités ne réussissent pas et que c'est pour cela que les chirurgiens dont il a analysé les travaux ont voulu chercher mieux.

Contagion du tétanos. — M. Reynier rapporte la très intéressante observation d'une domestique qui, voulant rentrer à pied au pays, fut trouvée à Noisy-le-Sec et transportée dans son service. Elle était atteinte d'une gangrène symétrique des orteils, elle présenta immédiatement des symptômes de tétanos et mourut 38 heures après son entrée dans le service. Trois inoculations furent pratiquées, deux réussirent ; un cobaye mourut même du tétanos 36 heures après l'injection, de pus pris sur les orteils. Le gros orteil fut amputé et envoyé au laboratoire de M. Strauss où M. Sanchez Toledo retrouva le bacille de Nicolaïer, le reproduisit en série et put l'étudier. Il se présente sous la forme d'un spermatozoïde. Au même moment cet expérimentateur retrouvait le même organisme dans de la terre provenant de Libourne, cultivait le microbe qui donnait le tétanos à tous les animaux injectés. La contagion du tétanos et son origine tellurique sont donc démontrées par ces expériences.

M. Reclus a perdu un malade qui, opéré d'une hernie étranglée, fut pris le septième jour du tétanos. C'était à l'hôpital Broussais où il avait perdu, il y a quelque temps, un malade de la même affection. M. Sanchez Toledo trouva le bacille de Nicolaïer dans la plaie de l'opéré de hernie étranglée, et dans la terre de l'hôpital Broussais située devant la salle où les deux malades étaient morts.

M. Verneuil rappelle que la commune de Noisy-le-Sec doit être considérée pour le tétanos comme un champ maudit et montre que les faits qui paraissent devoir être attribués à des causes banales, comme le froid, l'orage etc., trouvent leur naturelle explication quand on sait les suivre et établir leur filiation.

E. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Dumontpallier

Pleurésie purulente a pneumocoques relativement grave. — M. Antony observe en ce moment un cas de pleurésie purulente à pneumocoques, dont la guérison est difficile à obtenir.

Il s'agit d'un homme atteint de pleurésie purulente métapneumonique et dont le pus n'a jamais contenu que des pneumocoques. Depuis le mois dernier il a pratiqué une série de ponctions, et le 3 juin, il retirait encore 300 gr. de pus de la plèvre. Chaque ponction a été suivie d'injections naphtolées, et pourtant cette pleurésie à pneumocoques est toujours rebelle et envahissante. Elle est donc plus grave qu'on aurait pu s'y attendre étant donnée sa nature.

Relations de l'albuminurie avec les psychoses. — M. Raymond. Certaines affections mentales peuvent s'accompagner d'albuminurie, soit par suite de lésions cérébrales, soit en provoquant des lésions rénales. Mais les néphrites à une certaine période de leur évolution peuvent déterminer de véritables psychoses distinctes de l'anémie cérébrale à forme aiguë, auxquelles on a donné le nom de folie brightique, pour bien les distinguer des autres formes vésaniques. M. Raymond avait déjà signalé ces troubles d'aliénation mentale consécutifs aux néphrites en 1882, dans les *Archives de médecine*. Depuis, cette question a été reprise en 1885 par M. Dieulafoy qui en fait l'objet d'une importante communication sur la folie brightique. Quelque temps après M. Barié citait le cas d'un brightique considéré comme un aliéné et enfermé sept mois dans un asile.

M. Raymond apporte une nouvelle observation de folie du doute qui lui paraît devoir être rattachée à la folie

brightique. Il s'agit d'une dame de 65 ans, chez laquelle les troubles psychiques débutèrent il y a cinq ans; sa santé jusque-là avait toujours été bonne, et elle ne présentait point de tare nerveuse héréditaire. Elle fut alors prise d'une vésanie singulière; elle mettait en doute les moindres actes de son existence. A peine sortie de chez elle, elle rentrait précipitamment pour voir si elle avait bien éteint son feu et fermé sa porte. Une ou deux heures après les mêmes doutes se reproduisaient dans son esprit et la forçaient à nouveau à vérifier l'état de son appartement. Après avoir soldé ses acquisitions dans un magasin, elle va plusieurs fois à la caisse voir si elle a bien payé ses emplettes. En même temps, elle accusait des douleurs de reins, de l'œdème des jambes. Les urines contenaient par litre 1 gr. 20 d'albumine.

L'emploi du régime lacté, de l'iodure de potassium fit baisser l'albumine à 0 gr. 50, en même temps que l'état mental s'améliorait. Chaque fois que la malade interrompait son traitement, les accès de doute reparaissaient. En un mot il existait un parallélisme complet entre l'albuminurie et les manifestations de la psychose. L'urémie s'accusait parfois par d'autres signes, tels que des céphalées, de la dyspnée et même des secousses convulsives du diaphragme et du tronc. M. Raymond attribue tous ces accidents à l'urémie, à l'auto-intoxication qui accompagne la néphrite. On conçoit l'importance du symptôme albuminurie qui a permis de diagnostiquer la filiation de ces accidents.

Une femme de 27 ans est amenée à Lariboisière, plongée dans un coma profond. Les urines extraites par le cathétérisme contenaient de l'albumine en grande quantité. Bientôt survient un accès de manie aiguë qui se termine par la mort de la malade ; à l'autopsie on constata une néphrite interstitielle.

Il est bon de connaître ces faits, car ils sont susceptibles de guérir sous l'influence d'une bonne thérapeutique.

M. Ollivier n'a jamais vu de folie brightique dans les asiles privés d'aliénés de la Seine, dont il est inspecteur. Il pense que l'urémie par elle seule ne peut provoquer la manie, le délire des persécutions, la folie du doute : il faut chez ces sujets une prédisposition héréditaire que l'on doit rechercher. De plus, le mot de folie brightique lui paraît impropre ; l'urémie peut provoquer du délire, mais non la folie vraie qui doit seule être traitée dans les asiles spéciaux.

M. Dieulafoy. Dans le cours du mal de Bright, on observe des accidents urémiques à forme cérébrale. Le délire aigu, sous toutes ses formes, est le plus fréquent. Mais la vésanie, comme dans les faits rapportés par M. Raymond, par M. Barié, par l'orateur lui-même, peut prendre les caractères d'une psychose à marche chronique. La folie transitoire qui en résulte est curable ; c'est pour la distinguer de la folie vraie, idiopathique, qu'on la désigne sous le nom de folie brightique.

Ces troubles psychiques se produisent sans doute plus facilement chez des gens présentant de l'hérédité nerveuse, mais cela n'est pas nécessaire. Souvent des artérios scléreux ont, pendant longtemps, un symptôme unique de l'urémie, de la dyspnée par exemple, on dirait de véritables asthmatiques et parfois on ne constate pas d'albumine chez eux. D'autres ont de la dyspepsie urémique. Il se peut très bien que pendant longtemps un de ces malades fasse de l'urémie cérébrale à forme délirante. Cependant si l'albuminurie fait défaut, il existe souvent d'autres signes très légers sans doute, mais dont la réunion est très caractéristique. Ils ont, par exemple, des crampes douloureuses des mollets, des épistaxis matutinales, une susceptibilité particulière au froid, ils ont les pieds et les genoux gelés, ils sont obligés de se couvrir d'une façon exagérée ils ont le doigt mort, et parfois, en s'endormant ils ont des secousses convulsives. On soupçonnera alors le brightisme et l'on cherchera s'ils ont le cœur gros, une tension artérielle excessive, une temporale dure, de la pollakiurie et alors on reconnaîtra l'urémie à forme lente.

M. Rendu. Ces malades ne sont pas des fous, mais il faut souvent agir à leur égard comme s'ils l'étaient. J'avais dans mon service un brightique, qui avait des accès de manie redoutables. J'ai d'abord essayé de le guérir, mais au bout de trois semaines, j'ai dû l'envoyer à Sainte-Anne.

M. Legroux. Ce sont des fous évidemment, et qu'il faut enfermer. Il y a des aliénations mentales symptomatiques d'une intoxication. Les saturnins et surtout les alcooliques qui ont de la manie, sont de véritables fous; ils ont eux aussi des folies symptomatiques dues à une intoxication.

M. Barié. Dans certains cas, ces accidents sont de longue durée. J'ai ainsi fait entrer pendant cinq mois, dans une maison de santé, une dame brightique qui avait des accidents psychiques. Elle appartenait à une famille névropathique.

Myosites rubéoliques. — MM. Gaucher et Mariage relatent l'observation d'un enfant âgé de cinq ans qui, dans la convalescence d'une rougeole, fut atteint d'une myosite scléreuse atrophique du sterno-mastoïdien, avec torticolis permanent, et d'une myosite également scléreuse (impossibilité de fléchir le pied sur la jambe, tension du tendon d'Achille).

Aucune autre cause que la rougeole ne peut être invoquée pour expliquer le développement de ces lésions musculaires ; on peut admettre toutefois que l'arthritisme a joué le rôle de cause prédisposante.

Il est impossible actuellement, en l'absence surtout de tout examen histologique, de dire par quel mécanisme la rougeole a déterminé ces myosites. Il est logique toutefois de les rapprocher de celles qu'on observe dans d'autres maladies infectieuses, mais la difficulté d'interprétation est la même, il faut bien le reconnaître, pour les unes et pour les autres.

Traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de naphtol. — M. Juhel-Rénoy. Lorsque l'an passé je fis à la Société une communication sur le traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de sublimé, on objecta que les sels mercuriaux pouvaient être dangereux, et M. Chauffard, rapportant une belle observation de guérison, proposa de remplacer les injections de sublimé par les injections d'eau naphtolée.

J'ai observé une malade atteinte d'un kyste hydatique contenant 1,550 gr. de liquide. On injecte d'abord dans la cavité 100 gr. de liqueur de van Swieten, qu'on retire au bout de 10 minutes. Comme à la suite la malade fut prise de fièvre, de diarrhée et de stomatite, on dut faire une nouvelle ponction qui amena 1,800 gr. d'un pus fétide. Cette fois, comme j'injectai de l'eau naphtolée, la fièvre tomba, puis se réveilla à nouveau, et l'on dut ainsi, dans le cours d'un mois et demi, faire en tout *sept* ponctions. Dans une de ces ponctions, j'injectai de la liqueur de van

Swieten, qui renouvela la stomatite; toutes les autres furent suivies d'injection d'eau naphtolée, J'ai injecté ainsi jusqu'à 25 gr. de naphtol et je faisais passer en lavage 3 litres de cette eau contenant le naphtol en suspension. Ma malade a guéri.

Donc, le traitement médical par les ponctions, suivies d'injections antiseptiques, est très suffisant, et un traitement chirurgical toujours grave et inutile. Le sublimé peut être dangereux, puisqu'il peut donner l'intoxication mercurielle, et l'eau naphtolée non toxique est très suffisante. Au moment du lavage, le naphtol contenu en suspension dans l'eau se dépose en couche mince à la face interne du kyste, et agit alors d'une façon permanente comme anti-parasitaire. D'autre part, il n'y a pas d'intoxication possible avec le naphtol, qui n'est presque pas soluble.

M. Merklen. Chez une femme atteinte de kyste hydatique, j'ai retiré par ponction 900 grammes de liquide et ensuite 200 grammes de van Swieten, puis 300 grammes d'eau boriquée pour enlever l'excès de sublimé. Une heure après elle était prise d'accidents syncopaux, de frissons, d'une fièvre qui dura quinze jours, avec diarrhées profuses, stomatite et congestion pulmonaire double. Je fis une nouvelle ponction et trouvai du pus dans la poche. Je fis alors une injection d'eau naphtolée et la malade s'améliora. Le sublimé ne combat donc pas l'intoxication hydatique, il est même curieux de voir qu'il a provoqué de la suppuration. Le naphtol m'a paru supérieur.

M. Netter. Je viens d'observer un cas d'abcès du foie des pays chauds où le sublimé a fait merveille. Après avoir évacué par ponction 700 grammes de pus, j'ai rempli exactement le foyer purulent avec 700 grammes de sublimé à 1/2000. J'ai retiré immédiatement le sublimé pour introduire de nouveau 700 grammes exactement d'eau bouillie. Je n'ai eu de la sorte aucun accident. Je crois important d'injecter exactement la même quantité de liqueur de van Swieten pour être sûr que le liquide pénètre partout, et je crois qu'il faut injecter ensuite exactement la même quantité d'eau, pour être sûr de bien enlever tout le sublimé en excès.

M. Balzer Au lieu du sublimé, on pourrait employer un autre mercuriel, aussi antiseptique mais moins coagulant, le benzoate de mercure, par exemple.

M. Chantemesse. Le procédé de M. Netter est celui à employer, et il faut se conformer rigoureusement à cette pratique si l'on veut éviter les accidents. Je ne puis critiquer les procédés employés par MM. Juhel-Rénoy et Merklen, ne les ayant pas vu appliquer, mais je suis très surpris que le sublimé ait provoqué de la suppuration entre leurs mains. Un bon moyen d'éviter toute intoxication, c'est de faire le lavage de la poche avec de l'eau salée qui dissout et entraine le sublimé.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 11 avril 1890.

Présidence de M. le professeur Hayem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Galliard fait une communication sur un cas de diabète sucré chez une petite fille de 10 ans. (V. *France méd.* n° 23, p. 353.)

M. Hayem. Ce diabète paraît s'être développé sur un terrain scrofulo-tuberculeux, ce qui est différent de l'affinité habituelle avec l'arthritisme. Il serait intéressant de comparer ce fait aux autres observations de diabète infantile, celles en particulier rapportées dans la thèse de M. Leroux. Il semble, d'une manière générale que la déperdition de sucre soit moins sensible dans le jeune âge, sans doute parce que le travail de digestion et d'assimilation est plus parfait. Du reste, il est un autre point dont il faut tenir grand compte, c'est l'état de la désassimilation, et le renseignement que peut fournir sur ce point la chimie urinaire. Tous les diabétiques perdent une notable proportion d'azote, mais c'est dans les cas seulement où l'azoturie est intense que la situation est grave. On pourrait peut-être expliquer par des recherches de cet ordre comment l'état général de la malade observé par M. Galliard s'est amélioré alors que la glycosurie se modifiait peu : il est regrettable que l'analyse des urines ne mentionne pas ce complément d'information.

M. Girode communique un fait d'endocardite maligne dans la chlorose. (V. *France méd.*, n° 22.)

M. Gauchas demande si l'on avait noté quelque maladie infectieuse, grippe, fièvre puerpérale, etc., antécédente aux accidents signalés dans l'observation.

M. Girode. A part les manifestations ressortissant à la chlorose, il n'y avait à relever absolument aucun antécédent morbide, aucune infection : je ferai remarquer en particulier qu'à l'époque où j'observais ce fait, il n'était pas question de la grippe.

M. Gauchas. M. Rendu a rappelé récemment l'histoire d'une chlorose avec phlébite et embolie : la malade était accouchée quelques semaines auparavant. D'autre part, j'ai vu récemment un adolescent avec des phlébites des deux membres inférieurs et de la paroi abdominale : il a eu la grippe en décembre. Ne peut-on penser que cette affection, qui a entraîné tant d'accidents suppuratifs, a pu déterminer ici tardivement une inflammation du système veineux?

M. Netter. Dans ses recherches sur l'aorte chlorotique, Virchow avait signalé déjà des nodosités et végétations qui semblent bien appartenir à des déterminations infectieuses.

M. Hayem. J'ai observé un grand nombre de chlorotiques, et pourtant je n'ai jamais eu à noter l'existence de l'endocardite. Il ne me semble pas que la chlorose puisse être *a priori* considérée comme prédisposant à cette affection. Les observations de Virchow se rapportent à des faits de chlorose combinée avec des accidents de puerpéralité, ce qui complique singulièrement l'interprétation des lésions. Il est regrettable, dans le cas qui nous est présenté, qu'on n'ait pas mesuré l'aorte et examiné le sang, afin de pouvoir classer cette chlorose. Quoi qu'il en soit je ne vois aucune affinité

réelle entre la chlorose et les infections en général.

M. Netter — Les travaux de Virchow, auxquels j'ai fait allusion, sont des observations récentes, où les lésions de l'aorte chlorotique et les localisations infectieuses qui s'y ajoutent, sont indépendantes de la puerpéralité.

M. Hayem. — Les conditions dans lesquelles se font les autopsies, en Allemagne, me font suspecter un peu ces observations, où il s'agit en somme d'un diagnostic rétrospectif, et où la chlorose est affirmée, peut-être, sur la simple constatation d'une aorte chlorotique, chez des sujets morts de fièvre typhoïde, de tuberculose, etc. Or, la chlorose est avant tout une expression clinique, qui veut être reconnue avant l'autopsie. C'est en la considérant ainsi qu'on pourra juger combien elle prédispose peu aux infections.

M. Sollier rapporte un cas de chlorose avec complication de thrombose des sinus ayant entraîné la mort. (V. *Fr. méd.*, n° 23, p. 354.)

M. Hayem. — Ces faits de thrombose sont intéressants, mais obscurs dans leur mécanisme, non seulement en ce qui concerne le cas de M. Sollier, mais pour toutes les observations analogues antérieurement publiées. J'ai eu à les dépouiller à propos d'un mémoire antérieur et partout je n'ai trouvé que des renseignements insuffisants ; on ne fait pas l'examen du sang, les anémies ne sont pas définies, ce qui serait important dans l'espèce. J'ai vu un fait de thrombose des membres inférieurs chez une anémique ; elle avait accouché plusieurs fois et portait des varices très développées. Dans un autre cas, ayant trait à une anémie pernicieuse consécutive à la chlorose, la thrombose inférieure parut à peu de distance de la période post-puerpérale. N'est-il pas vraisemblable qu'un état inflammatoire obscur à départ utérin a pu se transmettre aux veines en cause, et entraîner une thrombose qui n'a guère de rapport avec l'anémie antécédente ? En somme, il est à souhaiter que dans les observations à venir, on apporte des documents précis, afin d'éclairer cette question pathogénique encore obscure.

M. Thérèse lit une observation de sclérose latérale amyotrophique. (V. ci-dessus p. 385).

Les Secrétaires des séances.
Besançon, Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 28 avril 1890. — Présidence de M. Gaillier

Le Dr Schwartz, président pour l'année 1890, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Le Dr Philbert, secrétaire général du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, annonce que ce conseil a, sur la demande de M. Leprevost, du Havre, examiné et adopté à l'unanimité l'amendement suivant, destiné à être ajouté à l'article XV du projet relatif à l'exercice de médecine, déposé par M. Lockroy :

« 1° Est considéré comme exerçant de fait illégalement la médecine et est passible des peines sus-énoncées, toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que la loi lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiches ou de réclame, qu'elle traite certaines maladies. »

Quant au paragraphe proposé également par M. Leprevost et devant figurer comme addition à l'article XVI, paragraphe ainsi conçu :

« 2° Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra, en outre, être frappé de la suspension temporaire de l'exercice de son art. »

Ce paragraphe n'a pu être adopté par suite d'une décision antérieure du Conseil qui, au moment de l'examen du projet de M. Chevandier, avait été d'avis de réserver cette question, considérant qu'il n'y avait pas lieu de demander cette aggravation de pénalité.

Le Dr Verchère annonce que la Société médicale du VIIe arrondissement qui n'avait pas encore adhéré au groupement des Sociétés médicales d'arrondissement, a décidé de s'y joindre.

Le Dr Depasse fait une communication sur le traitement de l'érysipèle par les pulvérisations au sublimé à 2 pour mille. Sa communication, suivant la méthode du Dr Mauriac, est basée sur 11 cas observés cette année, soit en ville, soit dans le service de la Direction des Travaux de la ville de Paris ; il paraît résulter de ces observations que la durée de l'érysipèle est de beaucoup abrégée, si, toutefois, il n'y a pas eu en ces circonstances une série heureuse.

Le Dr Foucard fait remarquer que M. Delpech employait déjà en 1851 cette manière de faire.

Le Dr Verchère a vu dans le service du professeur Verneuil employer des pulvérisations variées contre l'érysipèle. Les résultats en ont paru satisfaisants et il serait assez tenté de croire que si le sublimé agit comme antiseptique, la pulvérisation agit aussi mécaniquement pour une bonne part.

Le Dr Depasse relate le cas d'une malade atteinte de prurit vulvaire arrivé à un état d'acuité extrême. L'affection datait de cinq jours, allait en augmentant d'intensité et la malade n'avait pas dormi depuis trois jours. Les pommades belladonées avait été employées sans aucun résultat par un premier médecin, la cocaïne, conseillée par un second médecin, n'avait donné aucun soulagement, une piqûre de morphine permit à la malade de dormir et des pulvérisations d'alcool camphré dans lequel on avait fait dissoudre du sublimé dans les proportions de 1 pour 1000 amenèrent un soulagement complet dans les 24 heures et au bout de deux jours la malade était guérie. M. Hardy conseille dans ces cas l'alcool camphré en bains et en compresses, d'autres médecins ont conseillé les compresses et le sublimé.

Le Dr Depasse n'a vu nulle part l'emploi de la solution de sublimé dans l'alcool camphré.

Le Dr Machelard se souvient avoir vu employer les compresses de sublimé par le professeur Trousseau.

Le Dr Bernard raconte le cas d'un empoisonnement par l'usage de six pilules d'anicotine Moussette. La malade, à l'arrivée du docteur, était sans pouls, sans respiration, un peu d'écume sortait de la bouche, les pupilles ne réagissaient plus sous l'action de la lumière. On fit séance tenante quatre piqûres de solution de caféine de 0,04 centigrammes chacune et quatre injections sous-cutanées-

Quand la malade fut revenue à la vie, grâce à ce traitement, elle put décrire tous les symptômes de l'empoisonnement par l'aconit : d'abord, l'engourdissement de la langue, puis des lèvres, puis des joues, les sueurs froides, les fourmillements aux extrémités dss doigts et des pieds, enfin la perte de connaissance. On acheva le traitement avec le tannin et l'iodure de potassium, ce n'est qu'au bout de 2 jours que les fourmillements de la langue ont disparu. Quant à la névralgie dentaire, contre laquelle les pilules de Moussette avaient été absorbées sans avis de médecin, elle n'avait pas été améliorée du tout.

Le Dr Porak se rappelle qu'étant encore interne des hôpitaux, il avait pris contre une névralgie la solution Otto à l'aconitine dans les proportions de 1/4 de milligramme le matin, 1/4 de milligramme dans l'après-midi, 1/4 de milligramme le soir et qu'il a éprouvé des phénomènes très marqués d'intolérance, picotements à la langue, aux lèvres, au bout des doigts, et surtout une sensation pénible du côté du cœur : des espèces de faux pas du cœur, comme si le cœur battait à vide ; mais il ne s'est pas fait ausculter pendant ce temps-là et ne peut pas dire au juste ce qui se passait dans l'organe de la circulation. Certainement, il y a des susceptibilités individuelles, mais il est bien possible aussi que les pilules ne soient pas toujours dosées d'une façon irréprochable.

Le secrétaire des séances,
Dr G. Depasse.

MEMENTO PRATIQUE

Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée, de la scarlatine et de la diphtérie. — M. J. Simon a fait sur ce sujet, à l'hôpital des Enfants malades, une leçon clinique des plus intéressantes que nous résumons d'après la *Gazette des hôpitaux :*

Je voudrais vous parler des signes permettant de faire le diagnostic différentiel entre le muguet confluent, l'angine pultacée de la scarlatine et la diphtérie. Je profite pour cela du cas de muguet sur lequel j'ai appelé votre attention pendant le cours de la visite.

Il s'agit, vous le savez, d'un enfant placé dans notre salle des rougeoles. Or, certain matin, faisant la visite, j'avais été frappé, en l'examinant, de l'aspect couenneux de la gorge d'un enfant âgé de 4 ou 5 ans, du produit crémeux dont nous constations l'existence à la fois sur les amygdales, sur les piliers et sur la muqueuse buccale.

Or, la présence d'un produit surélevé, non lisse, dont le pourtour n'était pas nettement serti, comme un verre de montre, par exemple, par le métal qui l'enchâsse, nous permettait de reconnaître qu'il s'agissait du développement d'un muguet confluent dans le cours d'une rougeole. En effet si nous avions eu affaire à quelque produit diphtérique, nous aurions trouvé une plaque lisse, plane, abaissée, déprimée et non surélevée, entourée d'une muqueuse périphérique soulevée la sertissant complètement. D'ailleurs, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, le diagnostic du muguet confluent était absolument confirmé.

De plus, je dois ajouter que, s'il s'était agi d'une diphtérie, le produit crémeux, couenneux, n'aurait pas gagné aussi rapidement la muqueuse buccale et la voûte palatine, qu'elle n'envahit généralement que plus tard, à la fin. La diphtérie, au contraire, a pour propriété de s'étendre plutôt vers les voies aériennes, tandis que le muguet gagne de préférence les voies digestives.

Le muguet est assez fréquent dans la fièvre typhoïde, débutant par les amygdales, s'étendant vers la bouche, présentant des plaques non serties, faciles à détacher et se dissociant dans l'eau, ce que ne peut pas faire la fausse membrane de la diphtérie.

Dans la scarlatine, on observe sur les amygdales, comme excavées, des produits épais, inégaux, élevés, limités, sans aucune tendance à s'étendre, mais restant logés dans les lacunes de l'amygdale. Or, lorsque les premiers phénomènes morbides qui caractérisent la scarlatine font défaut, il faut savoir réserver le diagnostic pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

En résumé, ou la diphtérie saute aux yeux, ou bien on n'aperçoit que des points blancs sur les amygdales, et alors le diagnostic restera en suspens pendant un jour ou un jour et demi ; mais, afin de ne pas perdre de temps, on traitera la maladie comme s'il s'agissait d'une affection diphtéritique.

Quant au muguet, on peut presque toujours le diagnostiquer immédiatement. J'ajoute, en passant, que, lorsqu'il est confluent et qu'il a résisté au borax, à l'acide borique, j'emploie en gargarismes et en badigeonnages, une solution composée pour les petits enfants de :

Chlorure de zinc.....	1 gramme.
Eau alcoolisée.....	1 litre.

Chez l'adulte j'élève la dose du chlorure de zinc à 4 grammes.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — M. le Dr Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne, est nommé chevalier.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de décembre 1889. — Mercredi 4 décembre 1889. — N° 23. M. Moutet : Du début cardiaque du goitre exophthalmique. — N° 24. M. Peltier (Fr. L.) : Des accidents atropiniques dans le traitement des maladies des yeux. — N° 25. M. Landois (E.) : Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire. — N° 26. M. Ratuld (L. M.) : De la myopie : Quelques considérations sur son étiologie et sa prophylaxie. — N° 27. Deumier (Eug.) : De la rhinite atrophique et de l'ozène.

Jeudi 5. — N° 28. M. Vacher (Ch.) : Etude démographique et médicale sur le ralentissement de la population en France. — N° 29. M. Courtel (Fernand) : Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde. — N° 30. M. Crouzat (F.) : De l'opération du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. — N° 31. M. Franquel (Georges) : Du lymphadénome ganglionnaire et de son traitement par l'arsenic. — N° 32. M. Icard

(Séverin) : Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale. — N° 33. M. Chartier (Paul) : Contribution à l'étude des éruptions brightiques.

Jeudi 12. — N° 34. M. Aubert (Ch.) : Contribution à l'étude des luxations des vertèbres cervicales. Quelques cas heureux de réduction. — N° 35. M. Jouanneau : De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

Mercredi 18. — N° 36. M. Gordon (Moïse) : De la taille hypogastrique pour calcul chez l'enfant. — N° 37. M. Valentin : De la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré. — N° 38. M. Tissier (P. L. A.) : Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire, étude chimique, expérimentale et clinique. — N° 39. M. Amiard (Joseph) : Traitement de l'ongle incarné.

Jeudi 19. — N° 40. M. Lepicard (Maurice) : Nerveux et arthritiques. — N° 41. Mlle Marie Coulacoff : Déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. — N° 42. M. Leguy (Louis) : Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies. — N° 43 M. Orval (André) : Des lymphangites vénériennes de la verge. — N° 44. M. J. Larcher : Des paupières rudimentaires chez l'homme. — N° 45 M. Morlat (Louis) : Contribution à l'étude du traitement du phlegmon diffus (méthode de Dobson). — N° 46. M. Kgrohen (Alfred) : Considérations sur la dysenterie palustre. — N° 47. M. Mousseau (Fernand) : Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur ruptures. — N° 48. M. Bergada (Antonio) : De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et en particulier aux kystes hydatiques du foie.

Lundi 23. — N° 49. M. Soutoul (Fr. Aug.) : Hystéries toxiques. — N° 50. M. Vinson (E. L.) : Contribution à l'étude du tétanos ; de l'état actuel de nos connaissances sur les causes du tétanos.

Jeudi 26. — N° 51. M Thooris (A) : Quelques considérations sur les idées de persécution dans la paralysie générale. — N° 52. M. Jourda (J. B.) : Des abcès du sein chez le nouveau-né.

Vendredi 27. — N° 58. M. Dumont (L.) : Contribution à l'étude du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée. — N° 54. M. Lauth (Armand) : Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc.

Le choléra et la fièvre jaune en Espagne. — Ces deux affections viennent de faire leur apparition en Espagne à quelques jours d'intervalle. La première a débuté dans la province de Valence, la seconde à Malaga.

Les autorités locales, au début, se sont pris à douter de l'existence du choléra, mais actuellement, ce point ne peut faire aucun doute. Du 13 mai au 5 juin, il n'y eut que des cas isolés. A partir du 5 juin, l'épidémie se développa rapidement. Jusqu'au 15 juin, il y eut 120 cas et 52 décès à Puebla de Rugat, malgré la fuite des habitants. La mauvaise condition des eaux et des égouts favorisa l'épidémie.

Le préfet de Valence a télégraphié que les médecins, délégués pour inspecter le foyer de l'épidémie, sont d'avis que la maladie a un caractère cholérique, mais qu'avant de formuler leur opinion définitive, ils soumettront à un examen sérieux au laboratoire de Valence les déjections des malades.

Le ministre de l'Intérieur a réuni le conseil supérieur de santé qui, nonobstant les résultats négatifs du système appliqué en 1885, a pris les résolutions suivantes par 5 voix contre 4 : « Il est probable, mais pas sûr, qu'il s'agit du choléra asiatique. On peut déclarer néanmoins que la maladie est contagieuse. On adoptera le système d'isolement du foyer de l'épidémie. Dans l'intérieur du royaume, on entourera les localités envahies par un cordon de troupes. On enverra une commission technique étudier et définir l'épidémie. On fera, aux frais de l'Etat, tout ce qui est nécessaire pour l'envoi de médicaments et de désinfectants. Des précautions sanitaires maritimes seront prises contre les provenances de la province de Valence. »

Dans la journée du 16 juin, il y a eu à Montichelvo 12 cas nouveaux et 5 décès ; à Castello, 2 cas, 1 décès ; à Albaida, 1 décès ; à Carcagente, 1 cas ; à Jativa, 1 cas ; à Rugat, 8 cas et 6 décès. Depuis le 12 mai, il y a eu à Rugat 150 cas et 52 décès. Un décès s'est produit à Valence, aussitôt la maison a été désinfectée et évacuée, et ses habitants envoyés au lazaret. Les consuls étrangers délivrent des patentes mentionnant seulement l'existence de cas suspects, parce que la déclaration officielle de l'existence de l'épidémie ne pourra avoir lieu qu'après l'enquête et le rapport de la commission de six médecins partis avec le directeur général de la santé pour la province de Valence.

Quatre médecins de la Faculté de Valence ont déclaré avoir constaté la présence du bacille de Kock dans les déjections des malades de Valence et de Rugat.

Les médecins et les membres du conseil supérieur de santé sont très divisés sur l'opportunité du système des cordons sanitaires que la majorité de la presse et des médecins condamnent, vu son inefficacité dans le choléra de 1885.

Mardi, 9 cas nouveaux et 3 décès à Rugat. Quelques cas isolés dans les localités situées plus bas que Rugat dans la vallée et sur les bords des rivières Albaida, Serpis et Jucar. Les habitants de quelques villages, fusil en main, forment des cordons sanitaires. Beaucoup de villes préparent des lazarets.

D'accord avec les autorités, le gouvernement fait préparer des baraquements au cas où l'épidémie se présenterait dans la capitale ; on procède aussi à l'examen des égoûts, des hospices et des marchés.

Le gouvernement français a donné l'ordre d'installer à la frontière espagnole une surveillance sanitaire semblable à celle qui a été exercée en 1885 et qui a été couronnée de succès. M. le Dr Charrin est parti pour Cerbère et M. le Dr Netter pour Hendaye.

Quant à la fièvre jaune, le conseil supérieur de santé a déclaré qu'elle avait été apportée à Malaga le 22 mai par le vapeur *Fernand-Cortez*, venant de la Nouvelle-Orléans, avec un chargement de coton, qui avait subi trois jours de quarantaine aux îles Canaries Vers le 25 mai, les médecins et les religieux, chargés de l'asile San Bartholomé, remarquèrent le premier cas de fièvre jaune suivi de décès ; puis successivement, les 1er et 3 juin, deux autres décès, également parmi les musiciens de l'asile, qui étaient allés à bord du vapeur *Fernand-Cortez*, en avaient rapporté des vivres et avaient bu de l'eau du vapeur. On garda secrets les premiers cas, bien que les médecins reconnussent les symptômes parfaitement caractérisés de la fièvre jaune. Puis, quand deux autres cas graves se présentèrent le 16 juin parmi les membres de l'asile qui n'étaient pas allés visiter le vapeur, les médecins et les religieux se décidèrent à aviser les autorités. On a isolé l'asile et la cargaison de coton, et on a envoyé à Malaga des médecins militaires et des médecins de la marine.

La statue de Daviel. — Le 10 août prochain, on inaugurera à Evreux la statue de Daviel, l'oculiste qui, le premier, pratiqua l'opération de la cataracte par extraction.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Quinquaud, a commencé hier mercredi à l'hôpital Saint-Louis, à 4 heures, des conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu et les continuera les mercredis suivants à la même heure (salle des conférences).

Ces conférences sont spécialement destinées aux médecins inspecteurs des écoles.

Hôpital Lourcine Pascal. — Conférences cliniques de Gynécologie. — M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques, le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure.

Opérations le mercredi.

Nécrologie. — Le Dr Vacher, d'Angoulême. — Le Dr Bouquet-Lagrange (Paul), d'Alger. — M. Guilliermond (André-Alexandre), pharmacien très estimé à Lyon, vient de mourir à l'âge de 78 ans. — Le Dr A. Guillon, de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, est décédé le 10 juin, à Portrieux St-Quay (Côtes-du-Nord), à l'âge de 57 ans. — M. Timbal. — Lagrave (Albert), pharmacien à Toulouse, décédé à l'âge de 42 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Bactéries *et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, par MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, et Babes, professeur d'anatomie pathologique et directeur de l'Institut bactériologique de Bucarest; troisième édition refondue et augmentée, contenant les méthodes spéciales de la bactériologie, 385 figures en noir et plusieurs couleurs intercalées dans le texte et 12 planches hors texte. — 2 beaux volumes in-8° raisin, 40 francs.

La première édition de cet ouvrage a paru en mai 1885, alors que la bactériologie ou microbie était à peine constituée en tant que science; la seconde un an après, en avril 1886; toutes deux ont été rapidement épuisées.

L'édition actuelle a été rendue nécessaire par les nombreux travaux qui se sont succédé pendant ces quatre dernières années, et sera indispensable aux médecins et aux hygiénistes. On sait que cette science a réformé l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques et l'hygiène; elle a rendu déjà et rendra dans l'avenir de grands services dans la thérapeutique préventive des maladies.

Dans le but de tenir ce livre au courant de tout ce qui s'est fait jusqu'ici d'essentiel, les auteurs ont refondu complètement beaucoup de chapitres et en ont ajouté un certain nombre de nouveaux.

C'est ainsi qu'il ont consacré des articles au *choléra des canards*, à la *pneumonie-entérite des porcs*, au *farcin du bœuf*, à la *mammite contagieuse des vaches laitières* à la *mammite contagieuse de la brebis*, au *barbom des buffles*, à la *peste bovine*, à l'*hémoglobinurie du bœuf*, à la *pneumonie du cheval*, aux *septicémies hémorrhagiques*, à la *septicémie urineuse*, au *tétanos*, toutes maladies dont la cause microbienne a été déterminée depuis peu.

Ils ont décrit aussi l'*actinomicose* laissée de côté dans les éditions antérieures, parce qu'elle paraissait alors causée par un champignon, tandis qu'aujourd'hui on sait qu'elle est bien due à un schyzomicète, et ajouté ce que nous connaissons sur les microbes de la *grippe* et des *sécrétions muqueuses des bronchites*.

Citons également les recherches sur la *phagocytose*, qui nous ont révélé les phénomènes intimes de la lutte réactionnelle des cellules contre les bactéries et le chapitre relatif aux ptomaïnes engendrées par les microbes pathogènes.

Enfin les auteurs ont relaté les perfectionnements apportés par M. Pasteur dans sa méthode des vaccinations intensives contre la rage, et rapporté les résultats obtenus par M. Babes dans sa pratique des inoculations préventives à l'Institut bactériologique de Bucarest.

Indépendamment des figures intercalées dans le texte, dont un grand nombre sont nouvelles, on trouvera à la fin du second volume des planches reproduisant les photographies des principaux types de microbes.

L'hygiène à Paris. L'habitation du pauvre, par le Dr Ot. du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes. Avec une préface, par Jules Simon, de l'Institut. Paris, 1890, 1 vol. in 16 de la Bibliothèque scientifique contemporaine, de 222 pages. 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Contribution à l'étude de la syringomyélie par le Dr J. Bruhl. Volume in-8° de 221 pages, avec 12 figures et une planche hors texte. Prix, 5 fr. — Bureau du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Précis d'auscultation, par M. le Dr Coiffier (du Puy). Deuxième édition, revue et augmentée. Paris, 1890. 1 vol. in-18 jésus de 132 pages, avec 78 figures, cartonné, 4 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Bulletin de la mortalité *du 1er au 7 juin*. 1890. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1 — Rougeole. 69. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 14 — Diphtérie, Croup, 22. — Phthisie pulmonaire, 164. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses 42. et autres, 3.

Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 45.

Bronchite aiguë 28, chronique, 21. — Broncho-pneumonie 26 pneumonie, 32.

Gastro-entérite : Sein, 17 biberon 53

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 0.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 27. — Suicides 17. autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 936. — Résultat de la semaine précédente : 948.

Bulletin de la mortalité *du 8 au 14 juin* 1890. — Fièvre typhoïde, 15. — Variole. — Rougeole, 61. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, Croup, 30. — Choléra. — Phtisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 44.

Bronchite aiguë et chroniqne, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 59.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 67.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine, 913. — Résultat de la semaine précédente : 936.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase **ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières. **CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipe pas*.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.